

*Giorn. It. Ost. Gin. Vol. XXVIII - n. 5  
Maggio 2006*

## Il parto in acqua: esperienza della Valdichiana Senese

P. GRANDIOSO

**RIASSUNTO:** Il parto in acqua: esperienza della Valdichiana Senese.

P. GRANDIOSO

*Questo studio analizza 363 parti in acqua avvenuti dal 2001 al 2005. Sono stati esaminati la durata del travaglio, il numero di episiotomie e di lacerazioni, l'uso di analgesici e di ossitocici. Abbiamo constatato che il parto in acqua determina una riduzione del periodo dilatante, un basso numero di lacerazioni vaginali, nessun ricorso all'episiotomia, scarso uso di analgesici e ossitocici.*

**SUMMARY:** Water birth: experience of Valdichiana Senese.

P. GRANDIOSO

*This study analyzes 363 water births from March 2001 to March 2005. The following were analyzed: duration of labour, rates of episiotomies and lacerations, analgesic and oxytocic requirements. Our results suggests that water birth is associated with a shorter first stage of labor, no episiotomies, fewer perineal lacerations and a minimal use of analgesics and oxytocics.*

**KEY WORDS:** Parto in acqua.  
Water birth.

### Introduzione

L'ostetrico francese Michel Odent, pioniere del movimento per il parto naturale nonché teorico e sperimentatore del parto in acqua, considera il parto come un processo involontario che mette in gioco le strutture primitive del cervello. Da ciò si deduce che se non si può aiutare attivamente una donna in questo processo involontario, si può solo cercare di disturbarlo il meno possibile. La tesi fondamentale di Odent è: "nell'acqua la donna può trascorrere parte del travaglio e far nascere il suo bambino come un piccolo delfino".

L'obiettivo che, dunque, bisogna porsi è: controllare la nascita.

Per quanto riguarda la nostra esperienza, benché il team ostetrico avesse già una notevole competenza di

travaglio in acqua e parto attivo (posizione a scelta della paziente, sgabello olandese) maturata fin dal 1993, al momento del trasferimento della nostra U.O.C. dalla vecchia sede alla nuova, avvenuta nel 2001, ci siamo dotati di un letto per il parto attivo e di una vasca per il travaglio e il parto in acqua. Partendo dalla constatazione che l'ostetricia attuale ha per lo più portato alla spersonalizzazione della paziente, alla perdita dell'intimità necessaria perché un parto sia facile e sereno, abbiamo intrapreso, con decisione e senza ripensamenti, la strada del parto in acqua. Bisognava, con tale tipo di parto, progredire sulla strada del parto dolce nel contesto di un'ostetricia meno medicalizzata e più rispettosa delle aspettative delle gestanti ma anche attenta a non abbassare gli standard di sicurezza. La nostra sala parto ha quindi assunto un aspetto diverso, senza letto tradizionale ma con un letto rotondo, una pedana, una spalliera, uno sgabello, le tende colorate, i cuscini, i quadri alle pareti, la musica e una vasca di acqua tiepida perché quando il travaglio rallenta o si interrompe, quando le contrazioni sono più dolorose, assecondare l'irresistibile attrazione delle partorienti per l'acqua può sbloccare la situazione; per i bambini

Ospedali Riuniti della Valdichiana Senese Montepulciano  
Azienda USL 7 - Siena  
U.O.C. Ostetricia e Ginecologia  
(Direttore: P. Grandioso)

Pervenuto in Redazione: gennaio 2006  
© Copyright 2006, CIC Edizioni Internazionali, Roma

è dolce nascere nell'acqua e, come i delfini, a questo elemento sono perfettamente adatti. La partoriente, nella vasca, assume un ruolo attivo, si sente protetta, sicura e gode di grande libertà di movimento nel più completo rispetto della sua intimità. Cessa di comportarsi da spettatrice, di fare quello che le dicono senza partecipare attivamente all'evento nascita. Nel lontano 1985 il dipartimento materno-infantile dell'OMS rese noto un protocollo di assistenza sanitaria al parto che metteva in discussione l'uso inappropriato di alcune pratiche ostetriche comunemente adottate: "È fondamentale che la donna sia protagonista attiva, messa nelle condizioni di fare scelte riguardanti il tipo di parto, la posizione da assumere, la vicinanza della persona desiderata durante il travaglio, il maggior contatto con il neonato, l'aiuto per l'allattamento al seno".

Noi non abbiamo fatto altro che muoverci nella direzione indicata.

Partendo, poi, dall'assunto che l'ostetrica è la figura professionale che promuove la salute all'interno del percorso nascita, opera per rendere la donna capace di attivare la propria competenza a partorire e promuovere la consapevolezza delle sue scelte, è stato naturale fare di lei la figura centrale nell'assistenza al parto in acqua, garante dell'intimità della donna. Il parto in acqua, che riscuote un sempre più elevato gradimento da parte delle gestanti, fa delle ostetriche delle operatrici soddisfatte e motivate. Il medico, in

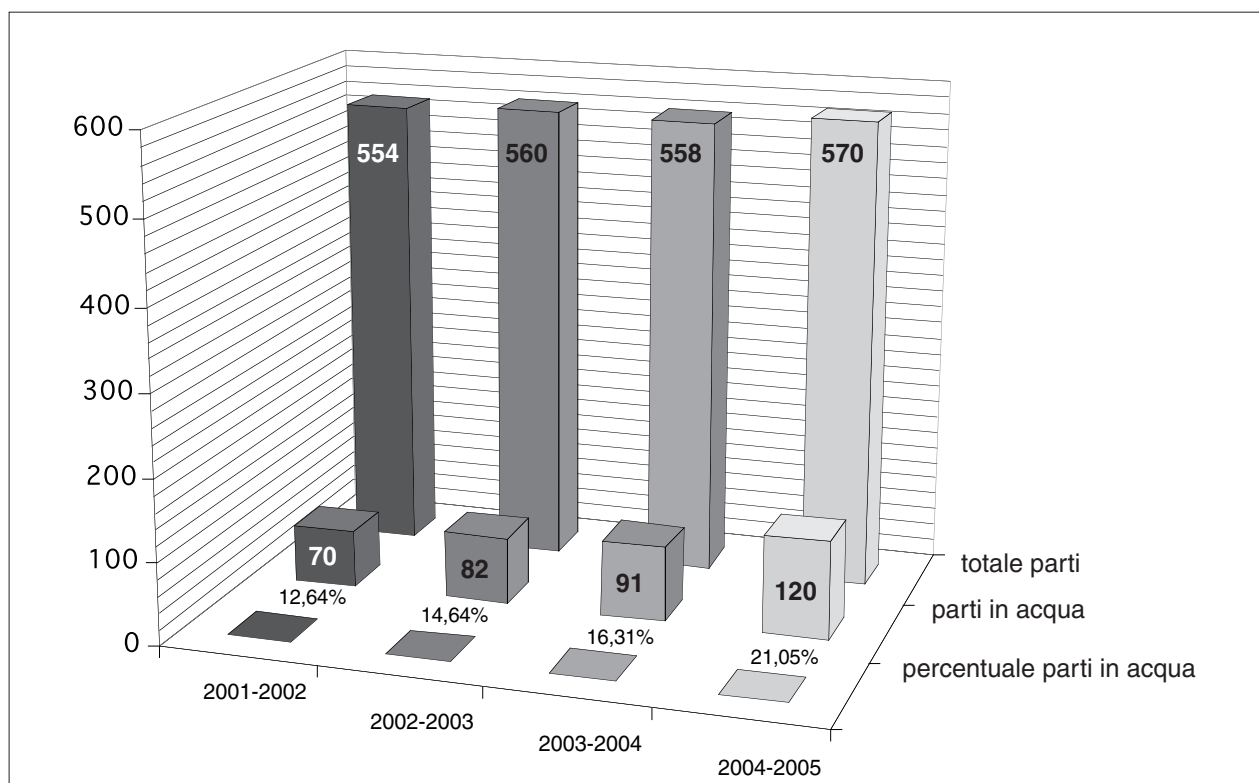
questo tipo di parto, deve opportunamente tenere un atteggiamento defilato ma esser pronto ad intervenire, sollecitato dall'ostetrica accorta, in caso di necessità; deve, in sostanza, mostrarsi disponibile ad esser meno protagonista dell'assistenza. Riteniamo, pertanto, che il cambiamento delle modalità gestionali del parto debba indurre medici ed ostetriche a modificare inveterati comportamenti dal momento che le donne tendono a prediligere, per l'espletamento del parto, sempre più le strutture in grado di soddisfare al meglio le proprie esigenze ed aspettative.

## Materiali e metodi

Il primo parto in acqua è avvenuto il 19 marzo 2001. Dopo quattro anni sono stati assistiti 363 parti in acqua (16,2%) su un totale di 2242 parti (Tab. 1). I dati riportati in questo lavoro si riferiscono, pertanto, al periodo che va dal 19 marzo 2001 al 19 marzo 2005.

Le gestanti, nell'ambito dell'Ambulatorio della 37<sup>a</sup> settimana o dei Corsi di Preparazione alla Nascita, entrambi tenuti dalle ostetriche dell'U.O.C., esprimono la propria preferenza circa la tipologia del parto: tradizionale, in acqua, parto dolce su letto Vitalux (Seagull Medica) o su sgabello olandese. Per il parto in acqua adottiamo i seguenti criteri di esclusione in uso anche presso altre U.O.C. (2, 3):

TABELLA 1 - ATTIVITÀ OSTETRICA NEL QUADRIENNIO 2001-2005.



- anomalie del tracciato cardiocografico,
- sofferenza fetale con liquido amniotico tinto di meconio,
- insufficienza placentare,
- presentazione podalica,
- gravidanza gemellare,
- prematurità (fino alla fine della 37<sup>a</sup> settimana),
- sproporzione feto-pelvica e macrosomia fetale,
- rottura prematura delle membrane con sospetto di infezioni amniocoriali,
- cardiopatie e vasculopatie,
- infezioni (HIV, epatite),
- preeclampsia,
- placenta previa e metrorragie.

Non abbiamo considerato motivo di esclusione un precedente parto espletato mediante taglio cesareo o il riscontro di un tampone vaginale positivo allo streptococco B. Alle gestanti viene consentito il travaglio e il parto in acqua solo se al momento del ricovero presentano un tracciato cardiocografico normale. Successivamente la frequenza cardiaca fetale viene rilevata ogni 20 minuti per 1 minuto mediante trasduttore immergibile collegato ad un sistema telemetrico. In periodo espulsivo viene, invece, eseguito un monitoraggio continuo del battito cardiaco fetale. L'immersione in acqua avviene quando la dilatazione cervicale è di almeno 5 cm. La permanenza in acqua normalmente non supera le tre ore. Se entro tale limite di tempo il parto non è imminente provvediamo all'uscita della gestante dall'acqua. È stato accertato che, avvenendo entro due-tre ore dall'entrata in acqua un maggior afflusso di sangue nel distretto toracico, viene stimolato il rilascio, da parte di cellule specializzate, di ANP (fattore atriale natriuretico). Tale fattore agisce sul lobo posteriore dell'ipofisi determinando un effetto analgesico della durata di circa tre ore ed aumentando la secrezione di ossitocina che riduce i tempi del travaglio. La mancata progressione del travaglio entro le tre ore è significativa di un meccanismo non efficiente. In caso di travaglio e/o parto in acqua l'ostetrica è costantemente accanto alla paziente. Viene sollecitata, frequentemente, anche la presenza del marito o del partner o di altra persona di fiducia della gestante. La gestante può uscire dalla vasca in qualsiasi momento se desidera continuare il travaglio o espletare il parto con modalità diverse da quelle concordate. L'uscita dalla vasca viene stabilita anche dall'ostetrica, consultato il medico, in caso di comparsa di alterazioni del tracciato cardiocografico o di distocie dinamiche.

## **Risultati**

Le pazienti che hanno partorito in acqua hanno mostrato una riduzione del periodo dilatante, di circa

40 minuti, rispetto a quelle che hanno partorito sul letto da parto tradizionale. La durata di tale periodo è stata di 3-6 ore nelle primigravide e di 2-3 ore nelle secondigravide rispetto alle 6-8 ore delle primigravide e delle 3-8 ore delle secondigravide che hanno partorito sul letto da parto tradizionale. Per quanto riguarda il periodo espulsivo non è stata notata, in accordo con altri Autori (1, 4) una significativa differenza tra le pazienti che hanno partorito in acqua e quelle che hanno partorito fuori dell'acqua. È necessario, però, ricordare che le pazienti in acqua non eseguono spinte attive nel corso delle contrazioni ma viene loro consigliato di regolare la velocità di espulsione della testa del bambino in modo da ottenere una distensione del perineo più graduale. L'episiotomia non viene eseguita nelle pazienti che partoriscono in acqua. Tale procedura, peraltro, non è di facile esecuzione per la posizione che la paziente assume nella vasca. Quindi nei 363 parti in acqua non è stata eseguita nessuna episiotomia. La non esecuzione delle episiotomie non ha determinato un aumento del numero e della gravità delle lacerazioni vaginali e vagino-perineali nelle donne che hanno scelto l'acqua per partorire. Infatti, su 363 parti in acqua il perineo è rimasto integro in 145 casi (39,9%), brevi lacerazioni della forchetta sono state riscontrate in 13 casi (3,6%). Sono state, invece, accertate 74 (20,4%) lacerazioni vagino-perineali di I grado e 131 (36,1%) lacerazioni di II grado. Non si è verificata alcuna lacerazione vagino-perineale di III grado. In tutti i casi di travaglio e parto in acqua c'è stato uno scarsissimo ricorso all'uso di farmaci antidolorifici, per l'azione antalgica espletata dall'acqua, o di ossitocina per potenziare le contrazioni. Come già accennato non ha rappresentato motivo di esclusione dal parto in acqua un'anamnesi positiva per pregresso taglio cesareo. Infatti, nella nostra casistica due gestanti, in precedenza sottoposte a taglio cesareo, hanno partorito, sotto stretta sorveglianza, in acqua.

## **Discussione e conclusioni**

Nonostante la sua sempre maggiore diffusione il parto in acqua è ancora oggetto di critiche presso taluni ambienti ostetrici ed è fonte, talvolta, di vivaci discussioni da parte di colleghi non ancora permeati dalla novità. Noi ci andiamo sempre più convincendo che il parto in acqua assumerà un ruolo sempre maggiore nell'ostetricia dei prossimi anni. Pensiamo, anche, che tale tipo di assistenza al parto rappresenti, per la sua capacità di attrazione, il futuro delle U.O. con un volume massimo di 600 parti all'anno. Le maggiori critiche mosse al parto in acqua hanno riguardato la possibile aspirazione di acqua e di microrganismi in essa contenuti da parte del neonato al momento dell'espulsione. Tali preoccupazioni, con

il tempo, si sono rilevate infondate perché il *diving reflex*, riflesso neonatale fisiologico attivato quando l'acqua entra in contatto con i recettori cutanei facciali, determina uno stimolo vagale che blocca l'atto respiratorio. Il neonato respirerà solo quando, emergendo dall'acqua, tale riflesso verrà a cessare per il contatto dei recettori facciali con l'aria. Ci rendiamo conto che il lavoro che presentiamo prende in considerazione un piccolo campione di pazienti ma, a nostro parere, i risultati sono statisticamente validi e in linea con quanto riportato da altri Autori che si

avvalgono di casistiche ben più vaste (1, 4). Ci piace concludere riportando quanto afferma Albin Thöni, uno dei maggiori esperti di parto in acqua in Italia, nel suo più recente lavoro: "il parto in acqua rappresenta l'atto finale di un'ostetricia basata sul minimo interventismo che ha come fulcro la donna. Tale ostetricia coniuga la sicurezza del figlio e della madre con piena soddisfazione di quest'ultima che, assumendo un ruolo attivo, si sente al centro dell'evento e vive il proprio parto nella più completa libertà e nella massima intimità".

## Bibliografia

1. LEONARDI M., CARUSO G., ZANARDINI L., CASAROTTI G.A.: *Il parto in acqua: realtà della Divisione di Ginecologia e Ostetricia dell'Ospedale Civile di Iseo*. Atti della SIGO, Congresso di Catania, vol. II, 567, 2003.
2. MESSINI S., TAGLIAFERRO T.: *Travaglio e parto in acqua*. Minerva Ginecologica, 54, 349, 2002.
3. THÖNI A., HOLZNER J.: *Partorire nell'acqua. Relazione sulle esperienze dopo 333 parti nella vasca*. Rivista di ostetricia ginecologia pratica e medicina perinatale, 14, 20, 1999.
4. THÖNI A., ZECH N., MORODER L.: *Partorire in acqua e rischio di infezione*. Minerva Ginecologica, 57, 199, 2005.